

Haraldsplass diakonale høgskole

Prosjektoppgave i Legevaktsykepleie

Omsorg ved mottak av en ruset pasient på legevakten

Caring by receiving an intoxicated patient in the emergency care

Kandidatnummer: 315

Kull: Legevaktsykepleie oppstart 2011

Antall ord: 5993

Innleveringsdato: 2. Mai 2013

Dokumentnavn Macintosh HD:79:Downloads: Publiseringsavtale videreutdanningene 2013 1.doc	Nivå 2	Versjon 3	Status Godkjent av FOU utvalget	Godkjent dato Des 2011	Side Side 2 av 28	 Haraldsplass DIAGONALE HØGSKOLE Bergen Diakoniserhjem Bachelor i sykepleie
---	------------------	---------------------	---	----------------------------------	--------------------------------	--

Publiseringsavtale fordypningsoppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: Omsorg ved mottak av en ruset pasient på legevakten

Tittel på engelsk: Caring by receiving an intoxicated patient in the emergency care

Kandidatnummer: 315

Årstall: 2013

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja ☒

nei ☐

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja ☐

nei ☒

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja ☐

nei ☐

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja ☐

nei ☒

SAMMENDRAG

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på det etiske prinsipper i sykepleiefaget. Respekt for den enkeltes menneskeliv står sentralt og er grunnleggende for hvordan sykepleier imøtekommer pasienten. Møte med pasienter med rusproblematikk er en aktuell pasientgruppe uavhengig av hvor en jobber i helsevesenet.

Kari Martinsens omsorgsteori finner jeg sentralt i møte med en ruset pasient på legevakt. Teorien fremmer refleksjon i praksis og refleksjonen danner en basis for gode moralske handlinger i møte med den rusete pasienten på legevakt. Dette bidrar til at pasienten blir imøtekommet på en respektfull og verdig måte.

Sykepleier har ansvar for at pasienten blir ivaretatt på en profesjonell måte og akuttmedisinsk kompetanse er vesentlig kunnskap for å ivareta en ruset pasient på legevakt. I dette fagutviklingsstudie finner jeg at dersom en ruset pasient skal ivaretas på en helhetlig og forsvarlig måte, er sykepleiers kunnskaper, rutiner og holdninger vesentlige faktorer som påvirker møtet. Sykepleier må inneha faglig, etisk og juridisk kompetanse. Hun har med andre ord ansvar for å verne pasienten mot krenkende opplevelser, samtidig som hun skal ha fokus på helt elementære forhold i et akuttmedisinsk perspektiv.

Aktuelle søkeord; intoxicated patients, care, drug abuse, attitude, out of hours services, legevakt, holdninger, rus, omsorg.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	5
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	5
1.3	AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	5
2.0	METODE.....	7
3.0	TEORETISKE PERSPEKTIVER OG BEGREPSAVKLARINGER	9
3.1	SYKEPLEIEPERSPEKTIVET	9
3.1.1	Omsorgsbegrepet.....	9
3.1.2	Etiske retningslinjer.....	9
3.2	SAMFUNNSPERSPEKTIV	10
3.2.1	Rusmiddelpåvirkning.....	10
3.2.2	Legevakt.....	11
3.2.3	Sentrale observasjoner av en ruset pasient på legevakt.....	11
3.2.4	Rusmisbruk og helsen	13
3.2.5	En studie ved Oslo Legevakt.....	14
3.2.6	Glasgow Coma Scale	14
4.0	DRØFTING	17
4.1	SYKEPLEIERS ETISKE HOLDNINGER OVERFOR EN RUSET PASIENT	17
4.1.1	Etikk og holdninger.....	17
4.1.2	Omsorg og holdninger.....	19
4.1.3	Samfunn og holdninger.....	19
4.2	FORSTÅELSE AV OMSORG I AKUTT MEDISINSK SYKEPLEIEPERSPEKTIV	20
4.2.1	Mottak av ruset pasient i et akuttmedisinsk sykepleieperspektiv	20
4.2.2	Glasgow Coma Scale – Et viktig verktøy i omsorgsøyet?	23
5.0	KONKLUSJON	25
6.0	REFERANSER.....	26

1.0 INNLEDNING

1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

Ruspatientene blir ofte fremstilt i media som en ensartet gruppe i nød og samtidig med at helsevesenets utilstrekkelighet blir avdekket. Er dette et riktig bilde av dagens situasjon? Handler dette om manglende kunnskaper om rusfeltet?

Mange sykepleiere har møtt rusete pasienter med manipulerende atferd hvor pasienten har de utroligste historiene for å få dekket behovet for rusmidler. Pasienter er gjerne gjengangere. Slik atferd kan virke ”provoserende” på hjelpeapparatet. Men er det slik at symptomene til ruspasienter er mindre akseptable enn for andre pasienter?

Rusmisbruk strider dessuten mot grunnleggende moralske verdier, og vekker stor interesse blant allmennheten i samfunnet. Mange har en oppfatning eller forståelse av hva og hvordan rusmisbruk påvirker mennesket. Påvirker sykepleiers egne verdier og holdninger omsorgen til rusete pasienter?

Mitt ønske om å belyse disse sentrale spørsmålene har vært bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Pasientgruppen utgjør mange av henvendelsene på legevakt og er en aktuell pasientgruppe. Målet er å styrke holdningene og kunnskapen til pasientene.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Hvordan kan sykepleier gi god omsorg ved mottak av en ruset pasient på legevakt?

1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING

Hovedfokus i oppgaven vil være sykepleiers rolle (omsorgsansvar) i kortsiktig rusbehandling og i aktuell førstehjelp til ruset pasient. Ordet holdninger er mye drøftet i oppgaven, men ikke eksplisitt presentert i teorien eller i problemstillingen. Jeg drøfter hvordan våre holdninger har en etisk forbindelse med omsorgen for pasientene. Samtidig drøfter jeg om sykepleiers egne verdier har betydning for møte med pasienten, og de etiske refleksjonene blir diskutert som et stort område i oppgaven. Siden det ofte er vanskelig å avklare hva pasienten har inntatt av rusmidler når pasienten ankommer legevakten vil jeg også konsentrere meg om viktige og nødvendige observasjoner sykepleier må gjøre for at pasienten skal kunne bli ivaretatt på en forsvarlig måte. Jeg ser det derfor ikke som hensiktsmessig å gå inn på selve behandlingen av pasienten (antidot, oksygen og så videre).

Jeg presenterer kort de ulike rusmidlene og hvordan de påvirker pasientene. Jeg teoretiserer ikke for de ulike rusmidlene påvirker hjernebarrieren på mikronivå. Selv om pårørende er en viktig del av rusbehandling, vil jeg ikke omtale dette som et eget punkt.

Av hensyn til min problemstilling vil pasienter med selvmordsfare falle utenfor mitt fokus i oppgaven.

2.0 METODE

For å utvikle ny kunnskap har jeg brukt fagutviklingsstudie som metode. Jeg har hovedsakelig brukt litteratur og forskningsartikler i min oppgave (Dalland, 2007).

Litteraturstudie og kildekritikk

På studie har bibliotekar veiledet og undervist i hvordan sikre gode vitenskapelige og faglige søk etter relevant litteratur. Vi fikk opplæring i bruk av PICO-skjema for blant annet å kunne utarbeide en god problemstilling. På bakgrunn av dette gikk jeg i gang med å finne en god søkestrategi hvor jeg fant relevante spørsmål:

HVEM	INTERVENSJON/VIRKEMIDDEL	EFFEKT/UTFALL
Rusete pasienter på legevakt	Omsorg	Verne pasientens integritet og at sykepleier er bevisst gode holdninger

Denne arbeidsmetoden har bidratt til at jeg har kunnet besvare min problemstilling ved at jeg har funnet aktuell forskning og litteratur, men det har også bidratt til å kunne holde fokus på problemstillingen. (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007). Jeg har en del erfaring med pasientgruppen, og har også hatt fordypningspraksis på legevakt med fokus på problemstillingen. Fordypningspraksisen sammen med oppgaveskriving har bidratt til å øke forståelsen og få et mer helhetlig bilde av pasientgruppen.

Arbeidet med oppgaven har medført brede og systematiske søk i databaser for å kunne finne relevant vitenskapelig litteratur som kan bidra til å kunne besvare min problemstilling. Jeg brukte mest nettsiden til Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) som utgangspunkt til å lese meg opp i rusfeltet. Her var mye forskning, men jeg fant ingen forskningsartikler som var direkte relevant til min oppgave.

Jeg har også aktivt brukt BIBSYS bibliotekbase, og søkt etter litteratur og bøker som var aktuelle. Jeg fant lite bøker som omhandlet rus på legevakt, og mye av bøkene som omhandlet rus var rettet mot spesialisthelsetjenesten. Jeg har likevel anvendt en del av disse bøkene i min oppgave. Legevakthåndboken på nett har vært mye brukt som oppslagsverk.

Jeg har også vært mye inne på Helsebiblioteket og søkt på aktuelle artikler. Det var mange artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst og derfor har jeg utelatt mange av disse. Jeg har vektlagt norsk litteratur ettersom jeg fant at dette har størst relevans i

forhold til norsk organisering av legevakt.

Aktuelle søkeord; intoxicated patients, care, drug abuse, attitude, out of hours services, legevakt, holdninger, rus omsorg.

Jeg brukte også AND og OR når jeg søkte med flere ord samtidig.

Søk i følgende databaser har vært aktuelt:

- PubMed
- Cochrane
- Medline
- Den norske legeforening
- Sykepleien
- Google

Jeg har funnet en studie gjort i Norge som har særlig relevans for min oppgave. Den fant jeg på nettsiden til Tidsskrift for Den norske Legeforening. Den viser metodene som blir brukt i legevakt for å kunne vurdere pasientene om de skal innlegges sykehus eller hvile på observasjonsrom på legevakten. Denne studien er sentral fordi den har fokus på hvordan skille mellom sykdom, skade og rus ved hjelp av viktige observasjonsmetoder (Nore, Ommundsen, & Steine, 2001). Denne artikkelen er også oppført på pensumlisten. Studien avhenger noe av at legevakten er organisert slik at de har et observasjonsrom tilgjengelig for pasienter.

Sykepleiers rolle og funksjoner på legevakten har også stått sentralt i oppgaveprosessen. Jeg har funnet en studie av Laila Garberg Hagen som har fokus på nettopp sykepleieryrket for legevakt (Hagen, 2004).

En artikkel publisert på Sykepleien av Klingsheim (2003) er sentral i min oppgave. Hun skriver om sykepleiers holdninger og hvordan det påvirker møte med pasientene. Denne artikkelen setter søkelys på hvordan vi som sykepleiere skal håndtere narkomanes lidelser. Denne artikkelen farger nok min oppgave noe.

Skeie (2007) har også skrevet en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening om at rus skjuler sykdom, og denne artikkelen refererer jeg også flere ganger til i oppgaven.

Systematisk etisk refleksjon har stått sentralt i fremgangsmetoden i oppgaveprosessen. Verdier som omsorg, integritet og autonomi har vært kjerneområder i forståelse og respekt for pasientgruppen.

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG BEGREPSAVKLARINGER

3.1 SYKEPLEIEPERSPEKTIVET

3.1.1 Omsorgsbegrepet

Omsorg er noe av kjernen i sykepleie og er et sentralt begrep for sykepleiere. Begrepet kan være vanskelig å definere, men den har primært ikke en juridisk forankring.

Omsorg og holdning har en *etisk forbindelse* med hverandre og knyttes opp mot kultur og grunnleggende verdier (Romøren, 2012)

Kari Martinsen er en kjent sykepleieteoretiker innenfor omsorgsteori. Jeg har valgt å trekke frem Kari Martinsens teori om omsorg. Hun har skrevet mange bøker om begrepet og som jeg finner sentralt for sykepleiere.

Omsorg er i hennes teori en moralsk dimensjon hvor prinsippet er ansvaret for den svake. Denne moralske dimensjonen uttrykkes som en grunnholdning hvor omsorgsyter anerkjenner den andre utfra hans situasjon og omsorgen må skje på pasientens premisser. Hun skriver at sykepleier er pasientens midlertidige stedfortreder. Omsorgsbegrepet er i følge Martinsen et ontologisk fenomen som betyr at omsorg er helt fundamentalt for alt liv. Hennes menneskesyn er basert på at vi er grunnleggende avhengig av hverandre, og at dette trer tydelig frem for eksempel ved sykdom. Det fundamentale i relasjonene er tillit og barmhjertighet. Dette menneskesynet er et praktisk forbilde og hun mener vi trenger en fagkunnskap som er basert på faglig skjønn. Denne fagligheten brukes for å kunne forstå og handle godt for pasienten. I dette ligger vår sanselige forståelse som vi erfarer utfra det vi mottar og uttrykker kroppslig. Hun skriver også at en klok og dyktig sykepleier har gode holdninger som gjenspeiler seg i teoriene og prosedyrene hun gjennomfører og knyttet til den profesjonelle sykepleier (Martinsen, 2003).

Samtalen er i følge Martinsen en treleddet relasjon som består av to personer; jeg og den andre og en felles sak. Hun fremhever respekt og vern av den andres integritet slik at samtalen bærer preg av tillit. Dette gjøres ved at en har takt og tone i stemmen, at en tar den andre alvorlig, være ærlig, men ikke nødvendigvis enig i alt som den andre sier. Hun mener vi må bruke et hverdagsspråk og ha en lyttende holdning til den andre slik at vi kan fange opp behov for behandling (Martinsen, 2009).

3.1.2 Etiske retningslinjer

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) har sykepleier plikt til å ivareta pasienters integritet og verdighet. Sykepleier skal respektere pasientens rett til

medbestemmelse og også beskytte pasienten mot krenkende handlinger. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i yrkesutøvelsen. Hun skal sette seg inn i aktuelle lovverk som regulerer tjenesten. I denne forbindelse er det relevant å snakke om etisk kompetanse i legevaktstjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har gjennomført et prosjekt ”Etikk i legevaktarbeid”, og utviklet et studiehefte i etikk som kan således brukes for alt helsepersonell som arbeider i legevakt, også sykepleier. Denne har fokus på både praktisk og teoretisk tilnærming til etikk i legevaktarbeidet. Hftet har fokus på etikk i klinisk helsehjelp, og dette innebærer å kunne ivareta pasienten i det mellommenneskelige samspillet. Dette samspillet foregår både gjennom kommunikasjonen og selve handlingen som for eksempel prosedyren. Det særegne helsehjelpssituasjonen er at pasienten oppsøker legevakten på grunn av sykdom eller behov for hjelp og er derved avhengig av sykepleiers kompetanse og velvilje, såkalt asymmetrisk relasjon (Bærøe & Norheim, 2010).

3.2 SAMFUNNSPERSPEKTIV

3.2.1 Rusmiddelpåvirkning



(Todnem, 2012)

Et rusmiddel er et kjemisk stoff som påvirker nervesystemet og vårt sanseapparat.

Rusmidlene blir klassifisert etter virkningen av stoffet, og vi skiller mellom:

1: Dempende rusmidler:

De dempende rusmidlene gir nedsatt aktivitet i sentralnervesystemet med treghet og nedsatt reaksjonsevne. Pasienten har langsom tale, slapp muskulatur, ofte med knekk i knærne, ustøhet og lutet holdning. Avhengig av mengde inntatt rusmiddel blir

pasienten rolig, sløv, søvnig og i verste fall bevisstløs (Johansen et.al, 2012).

2: Stimulerende rusmidler

De stimulerende rusmidlene gir ulike grader av sentralstimulering, rusfølelse, hallusinasjoner og toksiske effekter. Pasienten er ofte opprømt og har en opplevelse av eufori og seksuell lyst. Den gir nedsatt appetitt, sultfølelse og dessuten søvnbehov. Pasienten er av og til forvirret, er motorisk urolig, er paranoid og har hallusinasjoner. Det er vanlig med hypertermi og dette kan være livstruende. Ved alvorlig intoks ses hjertearytmier og hjerneblødning, hjerteinfarkt, og tarmiskemi. Dessuten får ofte pasienten angst, er utagerende og psykotisk ved intoks (Johansen et.al, 2012).

3: Hallusinogene rusmidler

De hallusinogene rusmidlene gjør pasientens opplevelser og synsinntrykk skarpe og intense, og pasienten kan få en følelse av å være utenfor egen kropp. Pasienten har likevel ofte innsikt i at dette ikke er realistiske opplevelser.

Ved overdosering kan pasienten få tachykardi, agitasjon, hallusinasjoner og uberegnelig atferd. Dessuten kan pasienten få kramper og hypertermi (Johansen et.al, 2012).

3.2.2 Legevakt

I Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (2005) defineres kommunal legevakt slik:

”...organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.”

Kommunen har i følge forskriften ansvar for å sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet.

Forskriften sier ingenting om at det skal være bemannet sykepleier i tjenesten, men de fleste legevakter i Norge er betjent med sykepleiere og leger.

Hagen (2004) har gjennomført en studie som har beskrevet sykepleiers funksjoner og roller ved legevakt, og fant at sykepleier har et bredt arbeidsfelt preget av stor selvstendighet. Hun fant også at sykepleier er omsorgsorientert og må ha kunnskaper og kompetanse som relateres til ekspertnivå.

3.2.3 Sentrale observasjoner av en ruset pasient på legevakt

Det finnes mange ulike tegn til at pasienten er ruset, men noen generelle observasjoner kan være nyttig å ha kunnskap om:

1: Respirasjon

Observasjon av respirasjon er sentralt ved mottaket av en ruset pasient.

Sentraldempende rusmidler (opiater) påvirker respirasjonssenteret i hjernen og dette kan gi såkalt respirasjonsdepresjon hvor pustefunksjonen undertrykkes og en får redusert respirasjonsfrekvens (Johansen et.al, 2012). Dessuten kan pustekvaliteten bli svakere og pasienten kan puste overflatisk. Respirasjon kartlegges ved at en måler oksygenmetning og teller respirasjonsfrekvensen. Perifer oksygenmetning måles ved et pulsoksymeter oftest festet på pasientens finger. Via gjennomlysning i proben gir pulsoksymeteret informasjon om hvor mange prosent av de røde blodcellene som bærer oksygen. Dette gir rask og enkel informasjon om pasientens respiratoriske tilstand. Normalverdiene er fra 94 – 98 prosent. Pulsoksymeter måler også pulsfrekvensen. Respirasjonen kan observeres ved at ser på bruken av hjelpemuskler, dyspné og hudfarge. Cyanose, det vil si blåfarge i huden, er mest synlig på lepper og negler. Dette kan tyde på redusert oksygenopptak. Respirasjonsfrekvensen er antallet ganger pasienten puster per minutt hvor hver respirasjonssyklus består av både ett inspirium og ett ekspirium. Normal respirasjonsfrekvens er mellom 12 og 16 (Oksolm, 2008).

2: Sirkulasjon

Rusmidler påvirker også sirkulasjonen og gir belastning på hjertet og derfor kan observasjon av sirkulasjonen også gi viktig informasjon og indikere hva pasienten er påvirket av. Det er derfor sentralt å observere pulsrytmen og endringer i den. Et pulsoksymeter måler pulsen. Normal puls er mellom 60 og 90 slag i minuttet. Dette er et utgangspunkt for å vurdere om pulsen er høy eller lav. Lav puls kan forekomme under påvirkning av dempende rusmidler, mens høy puls skyldes ofte stimulerende rusmidler, cannabis eller hallusinogene rusmidler. Det er også vesentlig å måle blodtrykk. Dersom blodtrykket stiger kan det være tegn på at hjertet må arbeide hardt for å opprettholde oksygentilførselen til cellene i kroppen. Blodtrykk gir også indikasjoner på hva pasienten kan være påvirket av (Knudsen jr, 2001).

3: Temperatur og blodsukker

Noen rusmidler påvirker temperaturreguleringssenteret i hjernen og kan gi livsfarlig hypertermi, det vil si sterkt forhøyet kroppstemperatur. Dette ses hovedsakelig ved sentralstimulerende midler. Temperaturen kontrolleres også i forhold til eventuelt å avdekke allmenne sykdomsinfeksjoner (Johansen et.al, 2012).

4: Allmenne symptomer vil stort sett å finnes ved inntak av de fleste rusmidlene,

avhengig av doser. Pasienten har gjerne hevet stemningsleie hvor pasienten er i godt humør, fin i formen og så videre. Koordinasjon og balanse er som regel svekket og pasienten er sjanglete og har klønete bevegelser. Dessuten har en ofte svekket hukommelse, vurderingsevne og dømmekraft. Orienteringsevnen for tid og sted kan være svekket. Pasienten kan ha røde, blodsprenge øyne, være kvalme og gjerne ha oppkast. Pasienten kan ha generell dårlig allmenntilstand noe som ikke er uvanlig for pasientgruppen. Lite mat, drikke og søvn påvirker allmenntilstanden på en negativ måte, og pasienten kan være mer utsatt for allmennsykdommer (Johansen et.al, 2012).

5: Pupillstørrelse og pupillenes evne til å reagere på lys:

Mange rusmidler påvirker pupillstørrelsen. For eksempel får dempende midler som opioider pupillene til trekke seg sammen, mens sentralstimulerende stoffer får som oftest pupillene til å utvide seg. Flere typer rusmidler påvirker også pupillenes evne til å reagere på lys. Ingen rusmidler reagerer hurtigere enn normalt ved lyspåvirkning. Derimot reagerer pupillene langsommere enn normalt under slike forhold (langsomt = mer enn 1 sekund). Sentraldempende og sentralstimulerende stoffer er to kategorier som gjør at pupillene reagerer langsommere på lysstimulering (Øiseth, Kjeldsen & Sundvoll 2008).

3.2.4 Rusmisbruk og helsen

En studie publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening har undersøkt risikoatferd blant sprøytenarkomaner i Oslo og deres assosiasjoner med hepatitt c-smitte. Den fant at hepatitt C er blitt en epidemi blant injiserende narkomane, og svært mange sprøytemisbrukere har blitt eksponert for smitte. Den smitter seks ganger mer enn hiv ved deling av sprøyter. Samme studie viste at det er mye færre personer som er smittet med hiv, og en antar at de sprøytenarkomanene sjeldnere deler sprøyter dersom de er hivsmittet (Dalgard et.al, 2009).

Mange rusmisbrukere har også psykisk lidelse, såkalt dobbeltdiagnose. De psykiske lidelsene omfatter psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelse, spiseforstyrrelser, kognitiv svikt og personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen går under såkalt dobbeltdiagnose (Helse-og omsorgsdepartementet, 2003).

Høyt alkoholforbruk over tid medfører også økt fare for sykdom. I tillegg til psykiske lidelser er de mest vanlige sykdommene ved høyt alkoholforbruk magesår, leversykdommer, blodtrykk-sykdommer, hjerte/kar-sykdommer og enkelte kreftformer. Felles for både alkohol- og narkotikamisbrukere er redusert

allmenntilstand og immunforsvar, noe som igjen fører til økt fare for sykdommer (Helse-og omsorgsdepartementet, 2003).

Blant sprøytemisbrukere er sårinfeksjon i hud og bløthud også en vanlig komplikasjon. En studie ved Oslo Legevakt publisert i 2000 viste at hud- og bløtdelshudinfeksjoner i forbindelse med injeksjonsmisbruk er et vanlig problem grunnet ”bomskudd”. En skal være særlig observant på pasienter med feber eller frysninger, redusert allmenntilstand, høy verdi av CRP på hurtigtest (>100) som kan gi indikasjoner på alvorlige infeksjoner (Larsen & Halvorsen, 2000).

3.2.5 En studie ved Oslo Legevakt

Det er gjort en studie ved Oslo legevakt som ønsket å ha fokus på hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten. Studien omhandlet 429 nye pasienter over 18 år som ble brakt til Legevakten i akutt ruspåvirket tilstand. Studien ble gjennomført over en 12-måneders periode i 1988-99. Denne studien hadde fokus på pasienter som ble brakt til observasjonsrom hvor det ble fylt ut et skjema (Glasgow Coma Scale) av lege/sykepleier. Skjemaet ble brukt fortløpende i den kliniske observasjonen.

Av de 429 pasientene som ble innlagt ved observasjonsposten ved Oslo Legevakt ble 57 innlagt i sykehus:

- 7 intrakranielle blødninger
- 7 innlagt psykiatrisk avdeling
- 5 alvorlige infeksjoner
- 4 kramper
- 2 brudd
- 27 forgiftninger
- 5 annet somatisk

Denne studien viste også at det var flere som ankom legevakten med mistanke om rus, men som hadde hypoglykemi maskert som rus eller subaraknoidalblødning som ble feiltolket som ”fall i fylla” (Nore, Ommundsen, & Steine, 2001).

3.2.6 Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale (GCS) er et vanlig verktøy som brukes i legevakt ved mottak av en ruset pasient (Johansen, I. H et al., 2012).

GCS er et skåresystem til vurdering av bevissthetsnivå av pasienter med

bevissthetsreduksjon eller fare for dette. Systemet kan brukes til enhver pasient med bevissthetsnedsettelse, og blir også brukt til den rusete pasienten (Wold, Hunskår & Trovik 2011).

Skalaen består av tre hovedområder; *øyeåpning, språkfunksjon og motorisk respons*. Innenfor hvert fokusområde, skåres pasienten etter gitte kriterier:

Øyeåpning:

- 4 Spontan
- 3 Kun på kommando
- 2 Ved smerteprovokasjon
- 1 Ikke i det hele tatt

Verbal respons

- 6 På oppfordring
- 5 Orientert/snakker normalt
- 4 Forvirret
- 3 Enkelte ord(inadekvate)
- 2 Uforståelig (kun lyder/grynt)
- 1 Ingen lyder

Motorisk respons/Bevegelse

- 5 På oppfordring
- 4 Målrettet avverg
- 3 Fleksjon ved smerteprovokasjon
- 2 Ekstensjon ved smerteprovokasjon
- 1 Ingen reaksjon på smerteprovokasjon

Verdiene brukes for å angi alvorlighetsgraden og gjenspeiler pasientens bevissthetsnivå. Den brukes for raskt å avgjøre om en pasient skal utskrives, har behov for overvåking i sykehus, eller om det er behov for observasjon. Skalaen spenner seg fra full skåre (15) til laveste skåre (1). Ved full skåre er pasienten våken, snakker adekvat og beveger armer og bein på kommando. Ved skåre 1 er pasienten dypt komatøs. Ved bruk av GCS vurderes ofte pasienten flere ganger i

timen, og dokumenteres én gang per time.
(Wold, Hunskaar & Trovik, 2011).

4.0 DRØFTING

4.1 SYKEPLEIERS ETISKE HOLDNINGER OVERFOR EN RUSET PASIENT

4.1.1 Etikk og holdninger

Det har vært skrevet mye om hvordan rusmisbrukere har følt seg som ”annenrangs” pasienter og hvordan de har opplevd å bli behandlet ydmykende. Det er blant annet gjort en stor studie på smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus hvor det er stilt spørsmålstegn til om opioidavhengige pasienter får tilstrekkelig med smertelindring når de er innlagt i sykehus. Studien konkluderer med at grunnet helsepersonellets holdninger til pasientgruppens troverdighet trekkes i tvil, er det videre behov for å se om dette også påvirker adekvat smertebehandling til pasientene (Li et al., 2012).

Kan sykepleiers egne verdier og holdninger påvirke mottaket av den rusete pasienten?

I studiehefte ”Etikk i legevaktsarbeid” presenteres relevante kasustikker som skal gjennom etiske refleksjoner gjøre den enkelte helsearbeider på legevakt (her; sykepleier) i stand til å møte den enkelte rusmisbruker med gode holdninger (Bærøe & Norheim, 2010). Men hvordan skal man ”komme i mål” med dette?

Sykepleiers etiske refleksjoner står sentralt i møte med alle pasienter. Omsorg og respekt er kjernebegreper i disse refleksjonene. Ved mottak av en ruset pasient på legevakt vil begrepene dreie seg om en umiddelbar fokus på pasientens verdighet og at pasienten får en opplevelse av å bli tatt på alvor. Dette utfordrer sykepleier til å bevege seg vekk fra egne referanser i forhold til hva som er et verdig liv og selve menneskeverdet. Likevel kan forestillinger om anstendig menneskeliv påvirke våre holdninger til pasientgruppen.

Det finnes mange historier omkring ruspasienter og hvordan de har blitt møtt med moralsk ergrelse. Klingsheim (2003) skriver i sin artikkel at våre forutinntatte holdninger, våre egne referanser og forestillinger om et anstendig menneskeliv kan hindre pasientens opplevelse av verdighet og forsterke skamfølelse og uverdighet pasienten ellers kan oppleve i samfunnet. Hun skriver at dersom sykepleier har hatt ubehagelige opplevelser i møte med en ruset pasient som ikke er bearbeidet, kan dette sette varige sperrer for å kunne imøtekomme pasienten på en profesjonell måte.

Sykepleier kan på legevakten ha møtt pasienter som har hatt en utagerende atferd. Det kan hende sykepleier har følt seg truet og avmektig i møte med den utagerende, rusete pasienten som kanskje ikke har spist noe særlig eller sovet på flere dager. Som

Klingsheim (2003) påpeker, kan slike opplevelser ubearbeidet påvirke og vanskeliggjøre sykepleiers holdninger i møte med pasienten på legevakten. Hun skriver videre i sin artikkel at åpenhet omkring negative følelser mellom personalet i avdelingen er nødvendig og må drøftes grundig.

Studiehefte for ”Etikk i legevaksarbeid” har fokus på hvordan den etiske kompetansen kontinuerlig må utvikles. Den skriver at en gjennom systematisk refleksjon omkring situasjoner hvor ulike verdier kommer i konflikt med hverandre, kan bidra til etisk årvåkenhet overfor pasientene for å ivareta pasientens likeverd på en moralsk måte (Bærøe & Norheim, 2010). Legevakten kan for eksempel tilrettelegge for etikk-kafeer og arenaer hvor etiske dilemmaer omkring rusete pasienter blir drøftet, og på den måten kan sykepleiere bli bedre rustet ved mottak av pasienten på en moralsk måte og verne om pasientens integritet.

Det er mange sentrale spørsmål omkring årsaken til at mennesker kan bli rusmisbrukere, og noen stiller spørsmålstegn til om den frie vilje kan svekkes i takt med svekket autonomi og selvkontroll (Klingsheim, 2003).

En slik forklaringsmodell sier noe om at den enkelte er moralsk ansvarlig for egne handlinger og at rusproblemene er selvforskyldte. Grunnet egne verdier kan sykepleier være ”tilhenger” av en slik forklaringsmodell. En slik tankegang vil være komplisert og filosofisk og utfordrer sykepleiers holdninger i møte med pasientgruppen på legevakten.

En undersøkelse gjort i Australia understøtter denne teorien. Den viser at det er nødvendig med kontinuerlig fokus på holdninger. Undersøkelsen avslører nemlig at sykepleiere ofte har negative holdninger overfor pasienter som skader seg selv (McCann et.al 2005).

En annen artikkel publisert i PubMed ble holdningene til 82 helsepersonell mot narkotikamisbruk undersøkt. Det ble antatt at sykepleierens holdninger kan påvirke deres emosjonelle reaksjoner og den påfølgende omsorg som gis pasientene ved at de kan ha fordømmende og straffende holdninger til narkotikamisbrukere. En slik undersøkelse kan tyde på hvordan våre forutintatte holdninger direkte kan påvirke møte med pasienten på legevakten og at pasienten blir nedprioritert eller ha en fordømmende holdning overfor pasienten (Carrol, 1995).

4.1.2 Omsorg og holdninger

Omsorg er vanskelig å definere og flere sykepleieforskere kan ha ulikt syn på hva som ligger i begrepet. Kari Martinsens omsorgsfilosofi baserer seg på tillit og barmhjertighet og at individene er avhengig av hverandre. Denne moralske dimensjonen uttrykkes som en grunnholdning hvor sykepleier anerkjenner pasienten utfra hans situasjon og omsorgen må av den grunn skje på pasientens premisser.

Å vise respekt kan være en moralsk måte å anerkjenne pasienten på, og et sentralt utgangspunkt i møte med alle pasienter på legevakt. Å vise respekt vil også være en forutsetning for god relasjonsbygging med den rusete pasienten. Sykepleier må vise respekt for pasientens sårbarhet og må imøtekomme han på en seriøs måte. En slik fremtreden bidrar til å verne pasientens sårbarhet og opplevelse av verdighet.

Ved mottak av en ruset pasient på legevakt vil altså våre moralske grunnholdninger prege dette møtet. Pasienten kan ha redusert bevissthetstilstand som krever at sykepleier tar vare på pasienten. Sykepleier må ha fokus på pasientens vitale funksjoner samtidig som at hun ivaretar pasientens verdighet. Kari Martinsen skriver i sin bok "Fra Marx til Løgstrup" om hvordan sykepleier i en slik situasjon er pasientens profesjonelle midlertidige stedfortreder, og at en god og ekte stedfortreder hjelper den andre til å vende tilbake til seg selv (Martinsen, 2003 s. 153). Uansett hvor hjelpetrengende pasienten er må sykepleier underordne seg pasienten og hans behov. Sykepleier-pasient er preget av likeverdighet hvor pasienten blir anerkjent på tross av sin situasjon hvor bevissthetstilstanden er påvirket. Sykepleier bruker sin sanselige forståelse ved å være åpen og empatisk for den andres smerte for å kunne vurdere situasjonen faglig (Martinsen, 2003).

Dette krever systematiske etiske refleksjoner og respekt for enkeltindivider og utfordrer sykepleier til å møte pasienten som ikke moralske avvikere, men en person som trenger hjelp og som er avhengig av sykepleiers kompetanse og evne til å sette seg inn i pasientens problemstilling ved å være åpen for hva pasienten formidler eller hva som fremkommer i møtet mellom pasienten og sykepleier på legevakten.

4.1.3 Samfunn og holdninger

Det har de siste årene også vært positive fremskritt i forhold til helsepersonells holdninger til en ruset pasient. Dette skyldes blant annet økt fokus på rusmiddelomsorg i helsevesenet og samfunnet generelt. I en artikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening skriver Skeie (2007) om hvordan den økte oppmerksomheten mot stoffmisbrukere som pasienter og ikke som moralske avvikere,

har vært et viktig fremskritt og gitt gruppen fulle pasientrettigheter. Han skriver videre at skadelig bruk av rusmidler ofte dreier om akuttmedisin, og at disse pasientene ofte oppsøker legevakt direkte. Derfor påpekes det at holdningene i mottak av nettopp disse pasientene og rutinene for mottaket av dem er vesentlig og av betydning for at risiko for å overse alvorlige sykdommer blir minst mulig.

Tidligere var det det sosialfaglige feltet som hadde ansvar for pasienten (klienten/brukeren). Mens misbruk av rusmidler før hadde sin forklaring i sosiale faktorer har vi nå vært vitne til at sykdomsforklaringer har fått større plass, og behandlingstiltakene har blitt mer medisinsk orientert. Gruppen har nå fått pasientstatus og med fulle pasientrettigheter. Dette gjør at sykepleiere også får mer nærhet til pasientgruppen, og det medisinske miljøet har mer fokus på pasientgruppe.

Fokuset er også innlemmet i nasjonale retningslinjer som sykepleier plikter å holde seg oppdatert innenfor. Med en slik fokus kan det tenkes at sykepleierne også føler mer ansvarlighet for pasientgruppen og at dette får positive konsekvenser for vår omsorg til pasientene.

Rusete pasienter har dog alltid hatt pasientstatus på legevakt, og de blir her hovedsakelig behandlet medisinsk. Men endrede oppfatninger av rus i samfunnet og i media, kan påvirke sykepleiers egne verdier og holdninger i positiv retning overfor pasientgruppen (Skeie 2007).

4.2 FORSTÅELSE AV OMSORG I AKUTTMEDISINSK SYKEPLEIEPERSPEKTIV

Hvorfor må sykepleier være årvåken ved mottak av en ruset pasient? Hva skal hun se etter, hvilke observasjoner er viktig og hvordan skal observasjonen dokumenteres? Er dette omsorg?

Alvorlig somatisk sykdom kan være et syndrom ved rusmisbruk. Dette er viktig å erkjenne i møtet med en ruset pasient. Skeie (2007) skriver at det er en kjensgjerning at pasienter med rusproblemer er utsatt for somatiske og psykiatriske lidelser.

Pasientens mange symptomer gjør møtet ekstra utfordrende.

4.2.1 Mottak av ruset pasient i et akuttmedisinsk sykepleieperspektiv

Mottak av rusete pasienter kan være svært krevende ettersom misbruk av rusmidler kan maskere alvorlig somatisk sykdom. Tradisjonelt har det vært fokus på sosiokulturelle sidene av rusmisbruk, men denne "trenden" har endret seg. Klinisk erfaring viser at pasienter med alvorlig rusproblem har økt forekomst av somatisk sykdom. De vanligste akutte somatiske problemene er overdoser, skader og akutte

infeksjoner, og i tillegg kroniske sykdommer, og disse trenger nødvendigvis ikke direkte relateres til selve rusmisbruket (Skeie, 2007).

Hagen (2004) fant i sin studie at sykepleiere har en sentral funksjon ved mottak av pasienter på legevakt. Sykepleiere skal vurdere, observere og prioritere på bakgrunn av pasientens tilstand og symptomer. Dette viser hvor viktig funksjon og ansvar sykepleier også har ved mottak av en ruset pasient, og har et spesielt ansvar for å gjøre de nødvendige observasjonene av den rusete pasienten.

Det er viktig at sykepleieren klarer å forholde seg profesjonelt ved mottaket av pasienten og har en ikke-moralsk holdning. Skeie (2007) skriver at dette kan være helt avgjørende for å ikke overse alvorlig sykdom. Han sier videre at den største faren når det gjelder akutt sykdom er å avvise pasienter uten tilstrekkelig vurdering. Han påpeker at det er viktig at vi er årvåken i det første møtet med pasienten og at våre eventuelle moralske holdninger må overses.

Klingsheims artikkel favner også om de utfordringer sykepleier møter med den rusete pasienten når han ankommer legevakten. Pasienten er gjerne funnet på gaten av politi eller ambulansepersonell, kan være tilsølt og vanskelig å få undersøkt.

Dette utfordrer sykepleier til å inneha klinisk handlingskompetanse i mottaket av pasienten på legevakten. Hun må ha kunnskaper om akuttmedisinsk sykepleie, rus og intoksikasjoner, og i tillegg kunnskaper om andre sykdommer som kan forveksles med rus. Pasienten kan også være preget av generelle symptomer som lett forvirring og funksjonssvikt.

I et akuttmedisinsk sykepleieperspektiv må sykepleier først ha fokus på det som er mest truende for pasienten. Pasientens bevissthetsnivå brukes som en innledende vurdering, og disse observasjonene er vesentlig grunnlag for videre tiltak (Knudsen, 2001). Sykepleier må så raskt det lar seg gjøre skaffe seg en oversikt over situasjonen. Hun må ta av yttertøy og løse på stramme klær og legge pasienten i stabilt sideleie på en benk. Dersom legevakten har et observasjonsrom kan det være lurt at pasienten får tildelt dette rommet for å skjerme pasienten.

Å bringe klarhet i hva og hvor mye pasienten har inntatt er vesentlig for å vurdere tiltakene. Pasientens fremtoning og de kliniske funn kan gi et bilde på hvilket rusmiddel pasienten har tatt; treghet, rolig, sløv tyder på at pasienten har inntatt et dempende middel. Motsatt vil pasienter som er aktiv, energisk, pratsom og rastløs gi indikasjon på at pasienten har inntatt et stimulerende middel.

Å skille rusinntak er likevel vanskelig ved kun observasjon av pasienten. Mange

pasienter bruker flere rusmidler samtidig, og det kan hende at rusmiddelet de har inntatt ikke har inneholdt det virkestoffet som det angivelig skulle. I tillegg kan pasienten ha samarbeidsproblemer grunnet uro og beruselsen i seg selv.

Sykepleier må derfor kunne prinsippene for livreddende førstehjelpstiltak. Uavhengig av pasientens bevissthetstilstand må sykepleier være nær pasienten for å kunne gjøre gode kliniske observasjoner. Dette innebærer blant annet at sykepleier setter seg ned med pasienten og på den måten kan hun skape trygghet i situasjonen (Knudsen, 2001).

1: Respirasjon

Respirasjonsdempning er vanlig ved inntak av heroin og oksygenmangel til hjernen kan få fatale følger og gi permanente hjerneskader. Å sikre pasientens respirasjonskvalitet er derfor viktig i denne sammenhengen. Å sørge for frie luftveier er helt vesentlig og alle bevisstløse som puster bør legges i sideleie. Dette sikrer frie luftveier og hindrer oppkast og slim i å renne ned i luftveiene. Å ha kontroll på oksygenmetning i blodet er viktig i forhold til å forhindre at hjernen får oksygenmangel. Et perifert pulsoksymeter er et nyttig verktøy for å måle puls og oksygenmetning i blodet. Men et enkelt klinisk blikk hvor sykepleier observerer perifer cyanose, kald og klam hud må ikke undervurderes, og på tross av at pulsoksymeter gir normale verdier må det kliniske blikket følges (Knudsen, 2001). Ved observasjon av respirasjonen er det viktig å kontrollere at ikke pasienten puster overfladisk, men med god dybde. Respirasjonsfrekvensen er også en viktig indikator på pasientens tilstand.

2: Sirkulasjon

Å holde kontroll på og observere blodtrykk og puls er også viktig i det akuttmedisinske perspektivet. Puls og blodtrykket forteller om pasientens tilstand, og ved inntak av sentralstimulerende stoffer er det fare for høy og uregelmessig puls. Da kan det også være aktuelt å ta EKG. Farge og temperatur på hud er viktig observasjon; varm eller kald, klam eller blek kan gi informasjon om pasientens tilstand.

3: Temperatur, CRP og blodsukker

Å måle blodsukker og temperatur er grunnleggende sykepleie i møte med en ruset pasient på legevakt. Studien fra Oslo legevakt avslørte at mange av pasientene som lå til observasjon på observasjonsrommet hadde hypoglykemi og ikke var ruset. Dessuten var det også noen som hadde hodetraumer, eller subaroknoidalblødning (Nore, Ommundsen, & Steine, 2001). Dessuten kan rus kamuflere sykdom og det kan være en fallgrube å kun konsentrere seg om selve rusen. En studie avslørte for eksempel at

flere rusete pasienter som ankommer legevakten har sårinfeksjon i hud og eller abscesser (Larsen & Halvorsen, 2000).

Sentralstimulerende stoffer kan gi livstruende høy kroppstemperatur. Forhøyet temperatur kan også gi indikasjoner på at den rusete pasienten har infeksjon og legen kan også ønske at det måles CRP.

4: Allmenne symptomer

Det er helt avgjørende at sykepleier oppøver det kliniske blikket og danne seg et bilde av pasientens allmenne tilstand. Klingsheim (2003) skriver i sin artikkel at sykepleier må ha kunnskaper om psykiatriske og somatiske tilstander. Pasienten kan være kvalm, ha magesmerter og ha brekninger, synsforstyrrelser og ha små eller store pupiller.

Parameterne må rapporteres til lege på vakt slik at nødvendig behandling iverksettes så snart som mulig.

4.2.2 Glasgow Coma Scale – Et viktig verktøy i omsorgsøyemed?

Det er blitt skrevet mye om sykepleiers teknologiske kunnskaper, og at pasienter ønsker både at sykepleier skal ha praktisk og teknisk kompetanse, samtidig som de blir møtt og sett på som personer. Sykepleier er, i følge Martinsen (2003), pasientens profesjonelle midlertidige stedfortreder. Når sykepleier foretar en slik systematisk observasjon av pasienten må dette gjøres på en slik måte at pasienten føler seg ivaretatt og med barmhjertighet. Hun må ha evne til å bruke sin sanselighet for å kunne gjøre faglige vurderinger.

GCS anvendes i stor grad til den rusete pasienten med bevissthetsforstyrrelse.

Bevissthetsnivået forteller mye om pasientens tilstand og et kontinuerlig fokus på pasientens bevissthet er helt sentralt. Prinsippet om at jo dypere bevisstløs pasienten er, desto mer alvorlig er tilstanden.

Studien gjennomført ved Oslo legevakt viser hvor viktig enkle kliniske undersøkelser og systematisk bruk av GCS gjør det mulig å skille ut de pasientene som har alvorlig sykdom fra dem som bare er ruspåvirket (Nore, Ommundsen, & Steine, 2001).

Mange legevakter i Norge (hovedsakelig store legevakter) har i dag et observasjonsrom til pasienter hvor det mistenkes rusintoksikasjon. En slik observasjon er viktig for å vurdere om pasienten har bakenforliggende sykdom eller skade som behøver innleggelse i sykehus. Det er sykepleier og lege som samarbeider om undersøkelse og observasjon av disse pasientene. Pasientbildet er i følge studien mer komplisert nå enn før. Tidligere var det mest nedslitte alkoholikere, men nå ses mer

blandingsmisbruk og overdoser. Rutinene på observasjonsrommet har dannet grunnlag for videre tiltak for pasienten. Helt vanlige borgere kunne havne på observasjonsrommet ved en ren tilfeldighet og det kunne vise seg at pasienten ble behandlet for antatt rus, mens det viste seg å være hypoglykemi eller subaraknoidalblødning feiltolket som ”fall i fylla” (Nore, Ommundsen & Steine, 2001).

Studien avslører at systematisk observasjon over tid og konsekvent bruk av GCS er velegnet i forhold til å kunne skille mellom alvorlig syke og de som skal sove ut rusen. Med systematisk observasjon menes at pasienten skal ha tilsyn hvert 15-30 minutt og gi pasienten skår utfra bevissthetstilstanden. Utviklingen i skåringen er viktigere enn selve poengskåret og selve skåringen må helst gjøres av samme sykepleier under hele forløpet på 4 timer. Sykepleier skal kontakte legen ved GCS under 8. Ved tvil om pasientens tilstand skal legen alltid kontaktes (Nore, Ommundsen, & Steine, 2001).

5.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg belyst hvilken betydning omsorg har i mottak av en ruset pasient ved legevakt. Jeg har hatt fokus på ulike sider av omsorg og erfarer at omsorg uttrykkes på ulike måter, avhengig av hvilken sammenheng den benyttes i. Omsorg uttrykkes i selve holdningen, og gode holdninger er en forutsetning for å kunne yte god omsorg. Jeg finner Martinsens omsorgsteori sentral i møte med pasienten og hennes fokus på sykepleier-pasient møtet har betydning for forståelse av omsorgsbegrepet.

Omsorg omfatter sykepleiers faglige kompetanse og kunnskaper. Jeg har også belyst hvor viktig det akuttmedisinske fokuset er, og at dette også er omsorg. Å ivareta pasienten gjennom sentrale prosedyrer og observasjoner er også et vesentlig bidrag i omsorgsøymed. Ved at sykepleier viser faglig kompetanse ved mottak av pasienten og utstråler trygghet vil være et viktig bidrag i forhold til at pasienten ikke skal føle seg krenket.

Å bruke GCS og akuttmedisinsk fokus kan i seg selv være livreddende, men å være observant på hele mennesket kan bidra til å avsløre sykdommer utover rusen som har betydning for pasienten.

6.0 REFERANSER

Bjørndal, A., Flottorp, S. og Klovning, A. (2007) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Bærøe, K og Norheim, O.F. (2010) *Etikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport nr 6-2010*. Bergen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse.

Carrol, J. (1995) The negative attitudes of some general nurses towards drug misusers. *PubMed* [Internett], 9 (34). Tilgjengelig fra:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7612430>> [Lest 25.januar 2013].

Dalgard, O., Egeland A., Ervik R., Vilimas, K., Skaug, K. og Steen, T.W. (2009) Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 2 (129) s. 4-101. Tilgjengelig fra:
<<http://tidsskriftet.no/article/1792869/>> [Lest 24.oktober 2012].

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus. (2005) *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Fastsatt ved kgl. res. 18.mars 2005 nr. 252 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m., lov 24. juni nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosialberedskap, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell og lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger. Tilgjengelig fra:
<<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>> [Lest 24.oktober 2012].

Hagen, L.G. (2004) *Sykepleie ved legevakt - En studie vedrørende sykepleiers funksjoner, oppgaver og rolle ved legevakt i Norge*. Akademisk avhandling. Universitetet i Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet*. NOU 2003: 4, Oslo, Sosialdepartementet. Tilgjengelig fra:

<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-4/6/3.html?id=583960>> [Lest 18.februar 2013].

Klingsheim, R. (2003) Narkomanes dårlige helse - en sykepleiefaglig utfordring. *Tidsskriftet Sykepleien* [Internett], 91 (2), 33-37. Tilgjengelig fra:

<<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118353/narkomanes-darlige-helse-en-sykepleiefaglig-utfordring#archive>> [Lest 24.oktober 2012].

Knudsen jr, Ø (red.) (2001) *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus*. Oslo, Gyldendal, s. 126-157.

Larsen, A.S.F og Halvorsen, T.F. (2000) Bomsydd – hud og bløtdelsinfeksjoner i forbindelse med injeksjonsmisbruk. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 2 (120) s. 199-201. Tilgjengelig fra:

<<http://tidsskriftet.no/article/95023>> [Lest 24.oktober 2012].

Li, R., Andenæs, R., Undall, E. og Nåden D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Tidsskriftet Sykepleien* [Internett], 7 (3), s. 252-260. Tilgjengelig fra:

<<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1011915/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>> [Lest 25.januar 2013].

Lossius, K. red. (2012) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om Etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2009) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribes.

- McCann, T., Clark E., McConnachie S. og Harvey I. (2006) Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing* [Internett], 14 (1), 4-10. Tilgjengelig fra:
<<http://europepmc.org/abstract/MED/16330213/reload=0;jsessionid=SK9nst7awffNE37fpkTr.16>> [Lest 25.januar 2013].
- Nore, A. K., Ommundsen, O. E. og Steine, S. (2001) Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 9 (121) s. 8-1055. Tilgjengelig fra:
< <http://tidsskriftet.no/article/299320>> [Lest 24.oktober 2012].
- Oksholm, T. (2008) Sykepleie til pasienter med lungesykdommer: Knutstad, U. red. *Klinisk sykepleie*. Oslo, Akribes s.196-199.
- Romøren T.I. (30. August 2012) *Hva er omsorg og hva er omsorgsforskning?* [Internett], Gjøvik, Senter for omsorgsforskning. Tilgjengelig fra:
<http://www.omsorgsforskning.no/omsorg_og_forskning> [Lest 25. januar 2013].
- Skeie, I. (2007) Rus skjuler sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 3 (127) s. 287. Tilgjengelig fra:
<<http://tidsskriftet.no/article/1483934>> [Lest 24.oktober 2012].
- Todnem, S. (2012) *Rus og intoksinasjoner i legevakt*. Upublisert manuskript. Legevaktsykepleie 2011, Haraldsplass Diakonale Høgskole, Bergen.
- Wold, G., Hunskaar, S. og Trovik, A. (2011) Skader, ulykker og forgiftninger: Hunskaar, S. red. *Allmennemedisin*. Oslo, Gyldendal Akademisk s. 670-671.
- Yrkesetiske retningslinjer. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere- ICN etiske regler*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- Øiseth, O.V., Kjeldsen, T. og Sundvoll, A. (2008) *Tegn og symptomer på misbruk av narkotika eller andre rusmidler*. 2.utg. Nesbru, Vett & Viten.